



Stand: 07.03.2011

Konzept "Anonymisierter Krankenschein"¹

Nach wie vor haben Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland keinen ausreichenden Zugang zum Gesundheitssystem. Eine Lösung dieser prekären Situation scheint auf Bundesebene derzeit nicht absehbar². Aus diesem Grund sind verschiedene Modelle entstanden, mit denen auf lokaler Ebene versucht wird, der Unter- bzw. Nichtversorgung zu begegnen. In Göttingen gibt es in diesem Bereich nur unzureichende Hilfsstrukturen, die auf zivilgesellschaftlichem Engagement basieren. Im Folgenden wird ein Überblick über die derzeitige Situation gegeben und darauf aufbauend das Konzept des Anonymisierten Krankenscheins sowie dessen Umsetzungsmöglichkeiten für Göttingen vorgestellt.

Rechtlicher Hintergrund

1976 verpflichtete die Bundesrepublik Deutschland sich, die im UN-Sozialpakt niedergeschriebenen Menschenrechte anzuerkennen. Mit der Unterzeichnung verifizierte die Bundesrepublik unter anderem das Recht auf Gesundheit: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“ (Artikel 12)³. Dieses Recht ist unabhängig vom Aufenthaltsstatus formuliert und beinhaltet somit einen Anspruch auf diskriminierungsfreien Zugang zur gesellschaftlichen Infrastruktur der Gesundheitsversorgung.

Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität kommt in ihrer Studie von 2007 zu einem von dieser Rechtslage erheblich abweichenden Ergebnis: „Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland ist defizitär“⁴. Illegalisierte Menschen werden

1 Wir danken dem Medibüro Hamburg für die Bereitstellung ihres Konzeptentwurfes, welches die Grundlage für das Konzept des Anonymisierten Krankenscheins in Göttingen geliefert hat.

2 Das Land Berlin hat mit der Forderung nach der bundesweiten Einführung eines anonymen Krankenscheins einen Vorstoß in diese Richtung gemacht. Vgl. Bullion, Constanze: Der namenlose Patient, in: Süddeutsche Zeitung, 23.02.2009, unter <http://www.sueddeutsche.de/politik/787/459429/text/>, zuletzt aufgerufen am 06.12.2009.

3 BGBl. 1973 II S. 1569. Bereits 1961 wurde das Recht auf Gesundheit in der Europäischen Sozialcharta in Art. 11 festgeschrieben vgl. BGBl. 1964 II, 1261, sowie im Jahr 2000 erneut in Artikel 35 der Grundrechte-Charta der Europäischen Union, vgl. Amtsblatt der Europäischen Gemeinden, 2000 / C 364 / 01.

4 Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg., 2007): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, S. 10.



rechtlich dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) unterstellt, wonach ihnen ein Anspruch auf medizinische Minimalversorgung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und Schwangerschaften, sowie auf Impfungen und Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind, zusteht (AsylbLG § 4 und § 6)⁵.

Ansprechpartner und Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die Sozialämter als öffentliche Stellen. Als solche sind diese bei Kenntnisnahme gesetzlich zur Übermittlung der Daten von nicht aufenthaltsberechtigten Menschen an die zuständigen Ausländerbehörden verpflichtet (§87 AufenthG). Diese seit 1993 bestehende Regelung führt zu einer faktischen Aufhebung des sicheren Zugangs zu medizinischer Versorgung nach dem AsylbLG. Die Betroffenen sind bei einer Meldung an die Ausländerbehörden akut von Verfolgung und Abschiebung bedroht. Im Krankheitsfall stehen Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus daher vor schwerwiegenden Problemen. Der Aufschub einer ärztlichen Behandlung führt in vielen Fällen zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung von Erkrankungen. Dies könnte durch frühzeitige Maßnahmen verhindert werden.

Unabhängig von der Meldepflichtproblematik widerspricht das AsylbLG dem Rechtsprinzip eines diskriminierungsfreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung, da dessen Leistungen im Vergleich zu denen nach Sozialgesetzbuch XII bzw. II grundsätzlich in großem Maße eingeschränkt sind. Die reduzierten medizinischen Leistungen nach AsylbLG sind wiederholt von der Bundesärztekammer kritisiert und als dem ärztlichen Gleichbehandlungsauftrag zuwiderlaufend abgelehnt worden⁶. In der Drucksache 17/1428 vom Deutschen Bundestag vom 21.4.2010 ist zu lesen, dass das AsylbLG bereits seit seiner Beschließung 1993 auf Grundlage menschenrechtlicher Erwägungen für Leistungen, die weit unter den Aufwendungen für SozialhilfeempfängerInnen liegen, kritisiert wird⁷.

Die bestehende Rechtslage ist folglich politisch umstritten. Bereits am 22. Oktober 2009

5 Bundesministerium des Inneren (2007): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland, Daten, Rechtslage, Handlungsoptionen, S.22f. Die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln ist eingeschränkt. Zahnersatz ist weitgehend ausgenommen; vgl. Globalrichtlinie zu § 4 AsylbLG Zahnärztliche Leistungen vom 1.10.2005 (Az.:SI 2304/133.70-3), unter <http://www.hamburg.de/gl-asylblg-04/126652/start.html>, zuletzt aufgerufen am 06.12.2009.

6 vgl. hierzu u.a. Bühring, Petra: Menschenrechte: „Das Problem wird einfach ausgeblendet“, in: Deutsches Ärzteblatt 2001, Jg. 98, Nr. 9, unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=26206>, zuletzt aufgerufen am 06.12.2009.

7 Drucksache 17/1428 vom 21.4.2010 des Deutschen Bundestages. Von: dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/014/1701428.pdf



wurde von der Europäischen Kommission ein Vorschlag für die Neufassung der „Asylverfahrensrichtlinie“ vorgelegt (KOM(2009)554). Darin enthalten ist u.a. eine Angleichung der Leistungen nach AsylbLG an die Sozialleistungen für die eigenen Staatsangehörigen. Insofern ist die Ersetzung des AsylbLG durch neue Rechtsgrundlagen langfristig unausweichlich, um das Recht auf Gesundheit nicht nur de jure, sondern auch de facto für alle in Deutschland lebenden Menschen zu gewährleisten.

Bestehende lokale Ansätze

Solange Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus durch die oben skizzierte Rechtslage (Meldepflicht, Minimalversorgung) von einem gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem ausgeschlossen werden, besteht auf lokaler Ebene dringender Handlungsbedarf. Das zivilgesellschaftliche Engagement in diesem Bereich kann die strukturelle medizinische Unterversorgung der Betroffenen nicht auffangen. Auch bestehende staatlich bzw. teilstaatlich finanzierte Ansätze wie in Frankfurt (Internationale Humanitäre Sprechstunde), München (Fondsmodell) oder Bremen (humanitäre Sprechstunde) können nicht als adäquate Übergangslösungen angesehen werden. Im folgenden werden diese Ansätze kurz skizziert.

Die Stadt Frankfurt hat eine „Internationale Humanitäre Sprechstunde“ eingerichtet, die von AmtsärztInnen mit allgemeinmedizinischer Ausrichtung betreut wird. Das Angebot kann nach einer Bedürftigkeitsprüfung durch SozialarbeiterInnen von allen Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus genutzt werden. Die Behandlung ist unentgeltlich, für Medikamente und Impfstoffe gibt es einen Etat.⁸

Auch in München halten AllgemeinmedizinerInnen auf ehrenamtlicher Basis zweimal die Woche eine Sprechstunde ab. Darüber hinaus gibt es zweimal monatlich eine kinderärztliche Sprechstunde. Bei ungefähr der Hälfte der PatientInnen ist eine Überweisung an kooperierende FachärztInnen notwendig. Seit 2006 gibt es ein Fondsmodell. In den Fonds werden von zwei Stiftungen und der Stadt München gemeinsam 100.000 Euro pro Jahr eingezahlt. Ein weiterer Teil des Budgets wird über Spenden finanziert. Bei Anfragen auf

⁸ Amt für Gesundheit Stadt Frankfurt am Main, 2009: Internationale humanitäre Sprechstunden, kostenlos und anonym (Flyer)



Kostenübernahme durch den Fonds prüft zunächst eine Stabstelle für Nicht-Versicherte des Sozialamts, ob für die PatientInnen die Möglichkeit besteht einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen, bzw. andere Kostenträger (beispielsweise das Sozialamt) in Frage kommen. In seltenen Fällen sind diese beiden Möglichkeiten ausgeschlossen, sodass Gelder aus dem Fonds beantragt werden. Neben Fixkosten (Miete, 400€-Stelle einer Sozialpädagogin) werden vom Fonds auch Medikamente und Laborkosten abgedeckt.

In Bremen wurde 2007 entsprechend des rot/grünen Koalitionsvertrages vereinbart, dass das Gesundheitsamt, in Kooperation mit dem MediNetz Bremen ein Konzept zur Gesundheitsversorgung papierloser Menschen entwickelt. Zweimal pro Woche für jeweils zwei Stunden wird hier in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes ein sogenanntes „Clearingverfahren“ durchgeführt sowie die ärztliche Versorgung gewährleistet. Clearing bezeichnet den Erstkontakt der PatientInnen mit der Versorgungsstelle und dient der Feststellung des Aufenthaltsstatus und der Anliegen der Hilfesuchenden. Anschließend wird ihnen aufenthaltsrechtliche, soziale oder medizinische Beratung durch zwei AllgemeinmedizinerInnen angeboten. Die ÄrztInnen diagnostizieren, behandeln, beraten und vermitteln an kooperierende FachärztInnen und Beratungsstellen. Finanziert wird die humanitäre Sprechstunde Bremen zu 100% über ein fünfstelliges Jahresbudget aus öffentlichen Mitteln des Bremer Haushalts (Gesundheitsamt, Gesundheitsressort, Sozialressort)⁹.

Obwohl mit der Etablierung der Projekte in Frankfurt, München und Bremen von der Bundesrepublik anerkannt wird, dass in jenen Städten Menschen ohne Papiere und damit ohne Versicherungsschutz leben und Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden müssen, weisen diese Projekte in die falsche Richtung. Es werden weitere Parallelstrukturen aufgebaut, die zwar zweifellos zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung papierloser Menschen führen, jedoch nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung sicherstellen können. Alle darüber hinausgehenden gesundheitlichen Probleme können nicht behoben werden. Die Betroffenen werden durch diese Modelle nicht in die Regelversorgung integriert, sondern erneut marginalisiert. Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität diskutiert in

⁹ An dieser Stelle danken wir dem Gesundheitsamt Frankfurt, open.med München (Ärzte der Welt e.V.), dem MediNetz Bremen, sowie dem Gesundheitsamt Bremen für die Zusammenarbeit.



ihrem Bericht aus dem Jahre 2007 als Lösungsansatz neben dem Anonymisierten Krankenschein ein Fondsmodell. Letzteres kann, sollte es nicht durch eine rein staatliche Finanzierung abgesichert sein, kaum als adäquate Lösung angesehen werden, da das Recht auf Gesundheit weiterhin an Spendenbereitschaft und damit an zivilgesellschaftlichem Engagement gebunden bleibt. Zudem wurde dieses Modell bisher nur in Zusammenhang mit der Nutzung bestehender Unterstützungsinitiativen diskutiert und fördert dadurch die Zementierung der unzureichenden Parallelstrukturen, jedoch nicht ihre Abschaffung. Der Anonymisierte Krankenschein stellt hingegen eine Möglichkeit dar, dem Rechtsanspruch von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Geltung zu verschaffen, da auf diese Weise die Integration in die medizinische Regelversorgung erreicht werden kann.

Ziel des Anonymisierten Krankenscheins

Ziel ist es, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus die Inanspruchnahme von an der Regelversorgung orientierten medizinischen Leistungen zu ermöglichen, ohne sie durch die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen zu gefährden. Da die Leistungen nach AsylbLG nicht mit geltendem Recht eines diskriminierungsfreien Zugangs vereinbar sind (s.o.), können sie nicht Grundlage des Anonymisierten Krankenscheins sein. Deshalb fordern wir nicht nur für Papierlose sondern für alle unter das AsylbLG fallende Menschen eine medizinische Regelversorgung, die den Betroffenen nach geltenden Grundrechten (Art. 3 GG; UN-Sozialpakt, Art. 12) zusteht.

Verfahren

Im folgenden Abschnitt wird skizziert, wie das Konzept des Anonymisierten Krankenscheins in der Praxis umgesetzt werden könnte.

Verantwortlich für die Vergabe des Anonymisierten Krankenscheines können Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter Leitung von ÄrztInnen oder so genannten „berufsmäßig tätige Gehilfen“, wie zum Beispiel das örtliche Gesundheitsamt sein. Die Vergabe unter ärztlicher Leitung ist unerlässlich, um eine Schweigepflichtsbindung zu gewährleisten. So kann den PatientInnen zudem die Angst vor Weitergabe bzw. Missbrauch ihrer Daten genommen und die, in der Regel sehr teuren, Notfallbehandlungen reduziert



werden, welche für die öffentlichen Träger mit höheren Kosten verbunden sind¹⁰. Wir möchten an dieser Stelle nachdrücklich auf die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV) zum Aufenthaltsgesetz Nr. 88.2.3. vom 26.10.2009 hinweisen. Diese gewährleistet die durchgängige Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bis in öffentliche Stellen hinein. Demnach dürfen öffentliche Stellen Patientendaten, die sie von einem Schweigepflichtigen erhalten haben, grundsätzlich nicht an die Ausländerbehörde übermitteln.¹¹

Für die Vergabe des Anonymisierten Krankenscheines (AK) sollten innerhalb der bestehenden Struktur, zum Beispiel des Gesundheitsamtes, ein fester Raum und zusätzliche personelle Kapazitäten geschaffen werden. Unserer Erfahrung nach sind zu Beginn zwei Vergabetermine an einem Vormittag und einem Nachmittag pro Woche für jeweils drei Stunden angemessen. Im weiteren Verlauf könnten die Vergabezeiten dann dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden.

Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsansatzes und vor dem Hintergrund der häufig prekären Lebenssituation des PatientInnenkollektivs kann die Vergabestelle in die enge Zusammenarbeit der bestehenden örtlichen Migrations- und Flüchtlingshilfezentren eingebunden werden. Auf diese Weise kann im Bedarfsfall eine direkte Vermittlung an Rechts- und Sozialberatungsstellen sowie Sprachmittlungsangebote erfolgen. Umgekehrt kann die langjährige Erfahrung der dortigen MitarbeiterInnen in der Arbeit mit Papierlosen und deren Kontakte zu den Betroffenen, die Tätigkeit der Vergabestelle in bedeutendem Maße verbessern. Bei schwerer Erkrankung/Reiseunfähigkeit kann zum Beispiel mit den Betroffenen, die sich an die Vergabestelle wenden, die Möglichkeit einer Legalisierung besprochen werden. In diesem Sinne sollte die Vergabestelle auch eine „case-manager“ Funktion erfüllen.

Der Anonymisierte Krankenschein kann unabhängig vom Eintritt eines Krankheitsfalles nach festgelegten Kriterien (s. u.) von den zuständigen Vergabestellen ausgestellt werden. Wie oben bereits kurz erläutert, unterliegt die Anlaufstelle der Schweigepflicht. Die erhobenen

¹⁰ Ärztinnen und Ärzte sowie so genannte „berufsmäßig tätige Gehilfen“ unterliegen der Schweigepflicht. Hierzu zählen neben dem medizinischen Personal auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal von Krankenhäusern. Diese Personen dürfen keine Angaben über Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, an die Polizei oder die Ausländerbehörde weitergeben. Dies gilt ebenso für die Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung.

¹¹ Quelle: Faltblatt Ärztekammer



personenbezogenen Daten werden nicht weitergeleitet, sondern verbleiben dauerhaft und ausschließlich bei der Vergabestelle. Analog zur Praxisgebühr sollte das Dokument eine Gültigkeitsdauer von drei Monaten haben und bei Bedarf verlängerbar sein. Mit dem Anonymisierten Krankenschein können die Betroffenen dann eigenständig ÄrztInnen, Praxen oder Krankenhäuser aufsuchen. Genau wie eine Krankenversichertenkarte, muss das Dokument bei jeder Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vorgelegt werden. Die Abrechnung kann unter Angabe des darauf aufgeführten individuellen anonymen Codes wie bisher über die Sozialämter erfolgen. Damit ist ein Überblick über die Art und Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen gegeben.

Die Partizipierenden des Gesundheitswesens sollten über den Anonymisierten Krankenschein informiert sein und wissen, dass eine Abrechnung der erbrachten Leistungen über das Sozialamt möglich ist, so dass die PatientInnen ohne weitere bürokratische Hindernisse Zugang zu medizinischer Regelversorgung haben. Bei einer späteren Wiedervorstellung sollte auf die ursprüngliche Dokumentation zurückgegriffen werden können, es ist dann lediglich eine Aktualisierung der bestehenden Daten erforderlich. Sollte eine notfallmäßige Aufnahme im Krankenhaus ohne vorherige Vorstellung in der Vergabestelle erforderlich sein, greift nach wie vor die am 18. September 2009 verabschiedete Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV) Nr. 88.2.3. zum Aufenthaltsgesetz. Das Krankenhaus wendet sich zur Kostenabrechnung, analog zur bisherigen Praxis, rückwirkend direkt an das Sozialamt.

Vergabekriterien

Alle Nicht-EU-BürgerInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus, im Asylverfahren oder mit einer Duldung, sowie EU-BürgerInnen ohne ausreichenden Versicherungsschutz sollten Anspruch auf einen Anonymisierten Krankenschein haben. Entscheidend ist, dass ein barrierefreier Zugang zur medizinischen Regelversorgung ermöglicht wird. Der Anspruch kann ähnlich wie in Frankreich über entsprechende Dokumente belegt werden (abgelaufene Visa oder Aufenthaltstitel, Pässe ohne Einreisenachweis, abgelehnte Asylanträge u.a.)¹². Bei nicht vorhandenen Dokumenten sollte die Überprüfung der Berechtigung über ein qualitatives Interview erfolgen. Die Bedürftigkeitsprüfung kann analog zur geltenden Praxis der Sozialämter durch eine Mittellosigkeitserklärung erfolgen, mittels derer PatientInnen mit

¹²Siehe Artikel 4(1) Décret n° 2005-860 relative aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat vom 28. Juli 2005



einer Unterschrift bestätigen, dass sie nicht für die entstehenden Kosten aufkommen können.

Oft erscheinen in Einwanderungsländern Schriften über den sogenannten „Medizintourismus“, der unterstellt, dass ein einfacher Zugang zum Gesundheitssystem ausgenutzt wird. Wir erläutern im Folgenden, weshalb die Angst vor diesem nicht gerechtfertigt ist. Sowohl in wissenschaftlichen Studien¹³, als auch in staatlichen Berichten¹⁴ wird deutlich, dass gesundheitliche Beweggründe als Migrationsgrund eine Ausnahme sind. In genannter Umfrage von „Médecins du Monde“ wird dies von lediglich 6% der Befragten ohne Aufenthaltstitel als Beweggrund für Migration genannt. Viel bedeutender für die Betroffenen sind laut der Umfrage wirtschaftliche, politische, religiöse und ethnische Gründe. Die Angst vor Medizintourismus ist in der Realität folglich nicht nachvollziehbar. Hinzu kommt, und das ist das Entscheidende, dass die Häufigkeit mit der gesundheitliche Beweggründe für die Migration in der Umfrage genannt werden, nicht in Zusammenhang mit einem barrierefreien Zugang zu medizinischer Versorgung für Illegalisierte im jeweiligen Land steht. Folglich ist nicht zu befürchten, dass eine günstige medizinische Versorgung zu einer übermäßigen Einwanderung führt. Aus diesen Gründen erscheint uns eine „Stichtagsregelung“, die in anderen Ländern praktiziert wird, obsolet.

Um Missbrauch bei der Vergabe des Krankenscheins (beispielsweise willkürliche Vergabe) vorzubeugen, wäre vorstellbar, der etablierten Stelle eine halbjährliche Rechenschaftspflicht gegenüber dem Ausschuss für Soziales und Wohnen aufzuerlegen. Hierfür müssten anonymisierte Daten archiviert werden.

Abrechnung

Die Abrechnung der Behandlung mit dem Anonymisierten Krankenschein kann analog zur Abrechnung der Sozialämter nach dem AsylbLG über eine zentrale Abrechnungsstelle durchgeführt werden. Das Abrechnungsverfahren kann gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) durchgeführt werden. Zentral für die Funktionsfähigkeit des

¹³ Médecins du Monde: Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Personen ohne Aufenthaltstiteln in 11 europäischen Ländern, September 2009

¹⁴ Smeets R.M.W., de Beaufort I.D., Entzinger H., „Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid“, Nijmegen: Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, 2004.



Anonymisierten Krankenscheins ist, dass das Abrechnungssystem möglichst einfach und ohne hohen Verwaltungsaufwand durchführbar ist. Auf den Einweisungsscheinen und Rechnungen sollten zum Schutz der Personen keine Namen, sondern anonymisierte Codes vermerkt werden.

Kosten

Eine detaillierte Kostenplanung des Projektes ist momentan nur bedingt möglich, da unbekannt ist, wie viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus sich in Göttingen aufhalten und wie viele das Projekt in welchem Umfang in Anspruch nehmen würden. Ein guter und reliabler Anhaltspunkt ist allerdings die Kostenaufstellung der „Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen e.V.“ des Jahres 2010: Die Summe der medizinischen Ausgaben betrug 6898,76 €, welche primär über den Zuschuss der Stadt in Höhe von 5000 Euro gedeckt wurde (genauere Kostenaufstellung siehe Anhang).

Dass die bereits bestehenden Kosten sich mit Einführung des Anonymisierten Krankenscheins erheblich verändern würden, hat sich in anderen Ländern als unberechtigte Befürchtung erwiesen. Zum einen weist beispielsweise das nationale Komitee für medizinische Aspekte in der Immigrationspolitik (The National Committee on Medical Aspects of Immigration Policy“) in den Niederlanden daraufhin, dass papierlose und asylsuchende Menschen nicht vordringlich aus medizinischen Gründen in die Niederlande kommen und plädierte 2005 in diesem Zusammenhang für eine Regelversorgung für alle Menschen in den Niederlanden¹⁵. Zum anderen können durch eine zeitgerechte und adäquate medizinische Versorgung chronische Verläufe und daraus resultierende Notfälle vermieden werden – das spart Krankenhauskosten, die bereits jetzt von den Sozialämtern übernommen werden müssen. Letzteres lässt sich mit einem komparativen Kostenvergleich präventiver und spät-intervenierender medizinischer Leistungen untermauern. Ein Beispiel wäre der Vergleich zwischen der präventiven Behandlung einer Hypertonie (Bluthochdruck) mit einem Basistherapeutikum wie einem ACE-Hemmer und einem stationären Aufenthalt bei Schlaganfall der eine Folge von Hypertonie sein kann. Bei ersterem belaufen sich die Kosten einer medikamentösen Therapie auf ca. 27 bis 55 Euro pro Monat. Hingegen muss bei einem

¹⁵National Committee for Medical Aspects of Aliens Policy, Medical aspects of Aliens Policy (Staatscourant 11 mei 2001, nr. 91/ pag.8)



akuten Schlaganfall für einen fünf-tägigen stationären Aufenthalt mit einer Kostenbelastung von 3153 Euro gerechnet werden – in diesen Preis sind zudem notwendige Behandlungskosten und längerfristige Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht mitberechnet.

Damit zukünftig eine valide Kostenplanung möglich ist, ist der Anonymisierte Krankenschein zunächst als Modellprojekt zu verstehen. Dieses kann auf ein Jahr angelegt werden. Um die Effizienz und Notwendigkeit des Anonymisierten Krankenscheins zu überprüfen, bietet sich die wissenschaftliche Begleitung des Modells durch entsprechende ExpertInnen an, was wir im nächsten Abschnitt „Begleitende Öffentlichkeitsarbeit“ konkretisieren. Für die einjährige Testphase schlagen wir zudem vor, dass das Sozialamt bei anfallenden Behandlungskosten von über 5000 Euro im Vorfeld der Kostenentstehung informiert wird.

Begleitende Öffentlichkeitsarbeit

Um einen reibungslosen Ablauf des Modellprojekts sowie ferner die spätere Implementierung des Modells in die Regelstrukturen gewährleisten zu können, ist eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit unumgänglich. Ärzteschaft und PatientInnen können mittels Broschüren, Rundbriefen und Veranstaltungen gezielt aufgeklärt und informiert werden. Besonders in Göttingen als Universitätsstadt bietet sich für die einjährige Testphase eine begleitende wissenschaftliche Evaluation des Projekts an, um Stärken und Schwächen des Systems aufzudecken und dieses entsprechend optimieren zu können.

Fazit

Das Modell des Anonymisierten Krankenscheins ermöglicht Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus den vollen Zugang zur Regelversorgung sowie die freie Arztwahl. Insofern ist es anderen Modellen wie einem Gesundheitsfonds oder einer humanitären Sprechstunde deutlich überlegen. Ein Modellprojekt auf der Basis des Anonymisierten Krankenscheins etabliert langfristige Strukturen, hat eine klare politische Signalwirkung und trägt zu einer Diskursverschiebung im Themenfeld Migration bei. Wir fordern daher, den Anonymisierten Krankenschein in die Haushaltsplanung des nächsten Jahres aufzunehmen und umzusetzen. Ein Handeln der Stadt Göttingen bezüglich der medizinischen Versorgung Illegalisierter ist unabdingbar.



Anhang

A-1

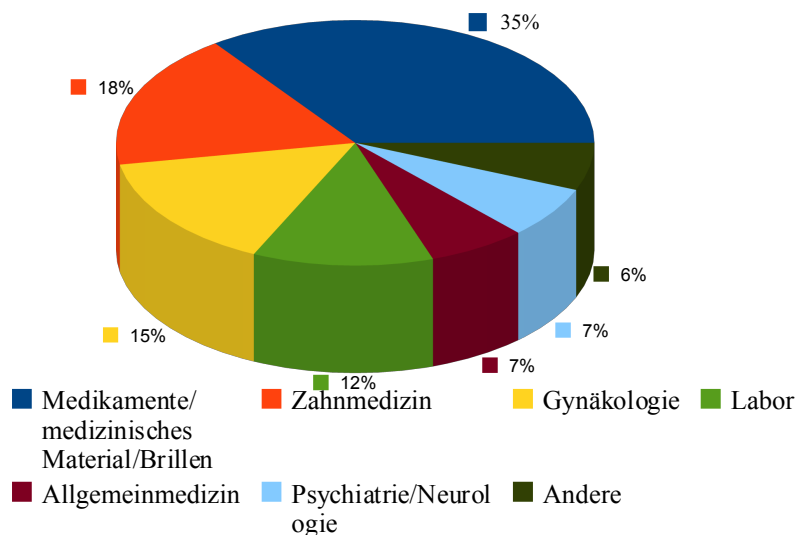
Darstellung der wichtigsten Ausgaben und Rechnungsanzahlen der Medizinischen Flüchtlingshilfe e.V. im Jahr 2010 in den verschiedenen medizinischen Bereichen

Medizinischer Bereich	Bereichsbezogene Ausgaben 2010	Bereichsbezogene Rechnungsanzahl 2010
Labor	844,55 € (12%)	14 (13%)
Medikamente/ medizinisches Material/ Brillen	2411,19 € (35%)	35 (34%)
Gynäkologie	1048,86 € (15%)	21 (24%)
Allgemeinmedizin	459,58 € (7%)	10 (10%)
Zahnmedizin	1233,36 € (18%)	6 (6%)
Psychiatrie/Neurologie	468,94 € (7%)	7 (7%)
Andere	432,28 € (6%)	7 (7%)
Alle medizinischen Bereiche	6898, 76 € (100%)	104 (100%)



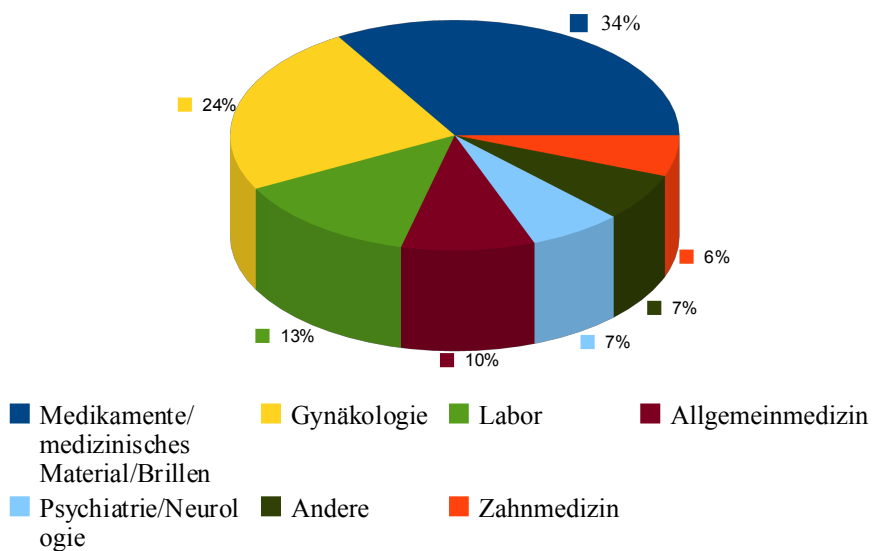
A-2

Prozentualer Anteil der Kosten in den verschiedenen medizinischen Bereichen im Jahr 2010



A-3

Prozentualer Anteil der Rechnungsanzahlen in den verschiedenen medizinischen Bereichen im Jahr 2010 (entspricht in etwa der Fallzahl pro medizinischem Bereich)





A-4

Fallbeispiele (1-4) aus der Praxis –beispielhafte Kostenaufstellungen für verschiedene Arztbesuche

1. Allgemeinmedizin: Erstanamnese und körperliche Untersuchung

Abgerechnet nach dem 1,0fachen Satz (Angaben in Euro):

Anamnese	4,66
Symtombezogene Untersuchung	4,66
Untersuchung eines Organsystems z.B Lunge, Herz..	9,33
Ganzkörperstatus	15,16
Gesamtkosten:	33,81

2. Gynäkologie: Betreuung einer Schwangerschaft (ohne die Entbindungskosten die das Sozialamt jetzt schon trägt)

Abgerechnet nach dem 1,0fachen Satz (Angaben in Euro)

1. Untersuchung und Blutentnahme	6,99
Laborkosten 1. Blutuntersuchung insgesamt	126,49
I. Ultraschall – Screening 9-12 SSW	17,49
II. Ultraschall – Screening +Doppler 19-22 SSW	110,75
24-27 SSW: 2. Blutentnahme irr. Antikörper	12,24
III. Ultraschall – Screening 29-32 SSW	17,49
32-40 SSW: Blutentnahme Hbs-Ag	14,57
Gesamtkosten	306,02

3. Psychiatrie: Psychotherapeutische Behandlung eines traumatisierten Menschen

Abgerechnet nach dem 1,0fachen Satz (Angaben in Euro)

Psychotherapeutische Sitzung	81,14
Probatorische Sitzung, die im Vorfeld stattfindet zur Diagnostik und Indikationsprüfung	61,43

Die **Gesamtkosten** wären dann von der Gesamtzahl der Sitzungen abhängig; bei der Behandlung eines traumatisierten Menschen sind je nach Schwere der Symptomatik und Verlauf der Psychotherapie von 10 bis 15 psychotherapeutischen Sitzungen auszugehen, dazu kommen etwa 3 bis 5 probatorische Sitzungen.



4. Zahnarzt: Prothetische Behandlung (Vollkrone, Hohlkehl- oder Stufenpräparation)

Abgerechnet nach BEMA

(BEMA: Finanzieller Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen)

Summe der GOZ-Honorarleistungen	168,15
Zahnärztliches Honorar BEMA	14,31
Material- und Laborkosten	240,00
Gesamtkosten	422,46